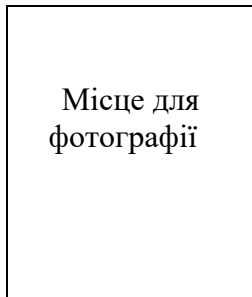


**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**



**СЕРТИФІКАТ ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА № \_\_\_\_\_**

М.П.

Видано \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

про те, що він (вона) \_\_\_\_\_ атестувався(лася)

(дата)

при \_\_\_\_\_

(найменування закладу вищої медичної освіти)

і наказом по \_\_\_\_\_

(найменування закладу вищої медичної освіти)

від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_\_

йому (їй) присвоєно (підтверджено) звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю

\_\_\_\_\_ (назва спеціальності згідно з Номенклатурою лікарських спеціальностей)

Дійсний до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Керівник закладу вищої медичної освіти

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

Голова атестаційної комісії

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

М.П.